

# **Prosjektoppgave i profesjonsstudiet medisin**

**Kognitiv terapi som behandlingsmetode i  
allmennpraksis**

**Elizabeth Lyster Andersen**

# 1 Abstract

## ***Introduction:***

Since Engel's introduction of the biopsychosocial model in 1977, it has become clear that many factors may affect and modify a patient's illness and health. Cognitive behavioural therapy (CBT) focuses on identifying and replacing negative thoughts and images with more positive ones, thereby seeking to alter behavior and influence health.

## ***Purpose:***

This is a literature study and the purpose is to explore in which fields in general practice CBT may prove to be effective. CBT is generally accepted as an effective treatment of anxiety and mood disorders, but can it also prove to be effective in other areas?

## ***Method:***

PsykINFO(Ovid) was searched for the 2003-2013 period. Computerised CBT studies were excluded.

Searches for CBT AND specific illnesses were added to broaden the results to contain somatic or chronic illness.

## ***Results:***

Studies of CBT as treatment for smoking cessation, CFS, chronic pain in older adults, insomnia, suboptimal level of glucose in diabetes mellitus type I and dementia indicate effect. CBT as group therapy gave no additional effect for patients tapering off long term use of benzodiazepines.

## ***Conclusion:***

There is a major amount of research demonstrating effect of CBT as treatment for anxiety and mood disorders. Little research is done in other areas and although results are promising, more research is needed to conclude effectiveness in other areas.

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1</b>	<b>Abstract</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Innholdsfortegnelse</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Innledning</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Problemstilling</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>Metode og kildevalg</b>	<b>7</b>
<b>6</b>	<b>Resultater</b>	<b>9</b>
<b>7</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>21</b>
<b>8</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>25</b>
<b>9</b>	<b>Litteraturliste</b>	<b>27</b>

### 3 Innledning

På 1600-tallet presenterte René Descartes skillet mellom sjelen (*res cogitans*) og ting (*res extensa*) (1). Selv om Descartes også presenterte en teori om at kropp og sjel påvirket hverandre og at denne kommunikasjonen skjedde gjennom glandula pineale, holdt han fast ved skillet mellom ånd og materie, subjektet og objektet. Dette kalles den cartesiske dualismen, og påvirket den medisinske behandlingstradisjonen i lang tid.

Først i 1977 presenterte Engel den biopsykososiale modell i en artikkel i Science, og utfordret dermed den regjerende dominerende forklaringsmodellen for sykdom som frem til da hadde vært biomedisinsk; det vil si at all sykdom, også avvikende adferd, utelukkende kunne forklares ved endrede biokjemiske eller neurofysiologiske prosesser. (2) I artikkelen påpeker Engel flere svakheter ved den biokjemiske modellen: Laboratoriske tester kan dokumentere at abnormalitet kan være tilstede uten at en pasient er syk, og biokjemiske avvik kan derfor i beste fall indikere et sykdomspotensiale. Flere faktorer som livsvilkår og levestett har derfor betydning for sykdomsutvikling. Engel argumenterer også for at psykologiske og sosiale faktorer har betydning for hvorvidt pasienten anser seg selv som syk, eller hvorvidt andre anser pasienten som dette, og at lege-pasientforholdet i positiv eller negativ retning kan påvirke det terapeutiske utfallet. Videre beskrives at grensene mellom god helse og sykdom er uklare, og at disse påvirkes av kulturelle, sosiale og psykologiske faktorer.

I nåtidens perspektiv av Engels biopsykososiale modell, kan flere terapiformer være aktuelle. Kognitiv adferdsterapi (Cognitive behavioral therapy – CBT) er en av disse, og er en behandlingsform som er rettet mot den gjensidige påvirkning mellom helse og tanke. Behandlingsformen er i stor grad basert på Aaron Becks arbeid og kognitiv terapi (3), og selv om mange typer behandling i dag defineres som CBT, regnes tre forutsetninger å ligge til grunn (12):

- Kognisjon har innvirkning på adferd
- Kognisjon kan monitoreres og endres
- Adferdsendring er mediert av endring av kognisjon.

Hovedkonseptet i Becks kognitive modell (1991, 1995, 1999) er et hierarki med tre nivåer av kognisjon; grunnleggende antagelser (core beliefs), avledede antagelser/oppfatninger/leveregler (intermediate beliefs) og automatiske tanker og bilder (automatic thoughts and images) (12, 21). Målet med terapien er å lære pasienten å identifisere og evaluere uhensiktsmessige tanker, og erstatte disse med mer realistiske og hensiktsmessige tanker og dermed påvirke helse og adferd i positiv retning. I følge Becks generelle prinsipper for CBT, bør terapien bl.a sikre god allianse mellom pasient og behandler, være basert på samarbeide med og aktiv deltagelse fra pasienten, inneholde utforskning av kognisjon under veiledning fra behandler ved hjelp av Sokratiske spørremåte og hjemmeoppgaver for pasienten. (12) Forutsetninger, mål og beskrivelsen ovenfor viser at CBT vektlegger både generelle og spesifikke elementer. Er det elementer i den kognitive terapien som er spesielt effektfulle? Hvilke er disse, og kan de tenkes brukt i den generelle kliniske samtalen?

Er teknikkene og elementene i CBT universelle, og kan de brukes i de fleste behandlingssituasjoner?

I allmennpraksis (AP) møter legen pasienter med et bredt spekter av tilstander og utfordringer, og ved noen tilstander kan det være utfordrende å finne et godt behandlingstilbud. Kan CBT være et behandlingsalternativ for noen av disse, og hvilke lidelser/tilstander er i tilfellet dette? Er effekten begrenset til psykiske lidelser? Nedenfor nevnes noen hyppige tilstander og utfordringer som fastlegen ofte står ovenfor, og hvor CBT kan tenkes brukt som behandling.

Insomnia kan opptre isolert, være et ledsagende symptom til andre lidelser, eller symptom som følge av en stressende livssituasjon eller hendelse. Kronsisk insomnia finnes hos ca 10% av den voksne befolkningen, og nærmere 50% av alle over 65 år rapporterer søvnvansker. Søvnvansker med dysfunksjon på dagtid blant pasienter i allmennpraksis varierer fra 10-34%. De fleste med søvnvansker bruker ikke medikamenter for å behandle denne, men av de i Norge som bruker medikamenter, behandles 80% med hypnotika (24). Har CBT effekt ved insomnia?

I andre tilfeller møter fastlegen pasienter med en funksjonell somatisk lidelse. Malt et al skriver at "årsaken til funksjonelle somatiske lidelser kan være underliggende psykisk lidelse (f.eks. fibromyalgi sekundært til angstlidelse, irritabel tarm-syndrom sekundært til bipolar lidelse),(...) feiltolkning av symptomer på kronisk fysiologisk aktivisering ved stress som uttrykk for alvorlig sykdom, klassisk betinging av sterke fysiologiske reaksjoner utløst av følelser, (...) og en følge av omgivelsenes holdninger til pasientens somatiske symptomer (operant betinging)" (4). Irritabel tarm syndrom er en vanlig funksjonell lidelse og en norsk studie fant prevalens på 8% (24) Det kan være vanskelig å finne et tilfredsstillende behandlingstilbud for denne typen pasienter. Kan CBT være en aktuell behandling som kan hjelpe pasienter med funksjonelle somatiske lidelser til bedre mestring og bedre livskvalitet?

Mange pasienter med kroniske sykdommer kommer ikke helt i mål ved behandlingen av sin somatiske sykdom. Det kan være vanskelig å legge om eller å vedlikeholde en endret livsstil, og diabetespasienter med suboptimale blodglukosenivåer er en kjent utfordring. Undersøkelser viser at generelt tar 1/3 av pasientene medisinene som foreskrevet av lege, 1/3 tar medisinene av og til, og 1/3 tar nesten aldri tablettene (20). I følge Sackett og Haynes kom 80% av pasienter med symptomer til kontroll, mens bare 50 % av dem uten symptomer gjorde det. (20) For diabetespasienter kan det gå lang tid før pasientene opplever symptomer eller komplikasjoner som følge av sykdommen. Kan CBT være et verktøy til å optimalisere behandlingen ved å bedre glukosekontroll og optimalisere livskvalitet ved økt mestring samt å unngå eller utsette senere komplikasjoner ved sykdommen?

Andelen røykere har over lang tid avtatt. I 2009 var 21% av den norske befolkningen daglig røykere, dette var uforandret fra 2008. (24) I følge Up to date bør alle pasienter som røyker bli tilbudt strategier for røykeslutt **ved hver konsultasjon** hos fastlegen (11). Kan CBT brukes ved røykeavvenning? CBT er i dag ikke nevnt under annen behandling på NEL.

Eksempelene ovenfor illustrerer mulige tilstander CBT kan tenkes brukt og leder til oppgavens problemstilling.

## 4 Problemstilling

I innledningen nevnes en del behandlingssituasjoner hvor CBT kan tenkes brukt, men bruken tenkes ikke begrenset til å bare gjelde disse.

Spørsmål 1-3 nedenfor er åpne, og oppgaven søker gi noen svar i hvilke retning CBT kan være aktuelt.

Spørsmål 4 er et mer lukket spørsmål hvor det søkes erfaringer fra tidligere bruk av CBT med tanke på evt overføring til den generelle kliniske samtalen.

I hvilke behandlingssituasjoner i almen praksis er CBT effektivt?

Er det tilfeller hvor det ikke er effektivt?

Hva er det som gjør CBT effektivt?

Er det elementer i CBT som kan implementeres og brukes daglig som en del av den kliniske samtalen?

## 5 Metode og kildevalg

Oppgaven er en litteraturstudium og det ble søkt informasjon om hvordan CBT kunne være en del av behandlingen i allmennpraksis og implementeres i den kliniske kommunikasjonen.

Forberedende ble det gjort brede søk (CBT OR cognitive therapy OR behavior therapy AND general practice OR primary care) på både pubmed og psykinfo (Ovid). Selv om søket var begrenset til de siste 10 år, var antall treff betydelig. Et stort utvalg artikler ga informasjon om CBT ved psykiske lidelser og relaterte emner, men ofte ga artiklene informasjon som lå litt på siden av det intensjonen med søket var. For å sikre et systematisk søk, og øke sannsynligheten for funn av riktig informasjon, ble antall synonymer redusert, og søkemotor begrenset til psykinfo (Ovid).

Det endelige søket ble:

- ☐ CBT
- ☐ AND general practice

Dette søket ga 18 treff.

Alle abstracts ble lest.

Bøker og artikler som omhandlet databasert CBT ble utelukket.

Etter filtreringen ovenfor gjenstod 6 artikler. Én omhandlet CBT og insomnia, én omhandlet CBT og CFS, og én omhandlet CBT ved avvenning av benzodiazepiner. De resterende artiklene omhandlet CBT ved behandling av angst og depresjon.

Én av bøkene i søkeresultatet ovenfor omhandlet CBT ved kronisk sykdom (12). Boken er skrevet som en praktisk guide for behandlere ved bruk av CBT av kronisk syke. Forfatteren er psykolog, og boken er basert på hennes kliniske erfaring og forskning. I boken gjennomgås fire eksempler på hvordan CBT kan tenkes brukt, ved: fatigue, smerte, insomnia, og gastrointestinal dysfunksjon. Det refereres til boken flere steder i oppgaven, men ettersom den ikke beskriver en enkelt studie er den ikke ført under resultatdelen.

Det ble under søkearbeidet klart at det er relativt mange studier som omhandler effekt av CBT ved psykiske lidelser, men få som omhandler effekt av CBT ved kronisk eller somatisk sykdom. Det ble derfor foretatt søk med spesielt fokus på å finne artikler med informasjon om erfaring av bruk av CBT ved spesifikke lidelser. Av spesifikke lidelser var artikler om CFS og insomnia funnet ved første treff. Tilleggssøket ble fokusert på gastrointestinal dysfunksjon, smerte, diabetes mellitus, røykeavvenning og demens. Søket ble tilsvarende ovenfor begrenset til 2003-2013:

- CBT AND Smoking cessation
- CBT AND gastrointestinal dysfunction
- CBT AND chronic pain
- CBT AND dementia
- CBT AND diabetes mellitus

Alle abstract av tilleggssøket ble lest og det ble valgt 1-2 artikler av nyere dato som gav informasjon om effekt av CBT ved de aktuelle lidelsene. "CBT AND gastrointestinal dysfunction" gav ingen artikkeltreff, men 2 treff på bøker hvorav den ene (12) var den samme som funnet i den første søkedelen.

Søk som omhandlet implementering av CBT i generell klinisk kommunikasjon, ga ingen resultater. Spørsmålet ble likevel stående i problemstillingen da det kunne tenkes de valgte artiklene også ga noe informasjon om dette.

Det endelige resultatet ble totalt 11 artikler; 5 funnet ved systematisk søk og 6 funnet ved usystematisk søk med tilfeldig utvelgelse.

I tillegg ble en bok fra søkerresultatet brukt som generell informasjonskilde.



## 6 Resultater - artikkelgjennomgang

Av de 11 artikler ble som ble valgt, omhandlet 3 artikler CBT som behandling ved angst og depresjon. Én artikkel omhandlet CBT ved persisterende insomnia, én omhandlet bruk av CBT ved avvenning av benzodiazepiner, og én omhandlet behandling av kronisk fatigue. To artikler omhandlet røykeavvenning og én omhandlet Diabetes mellitus I og nivå av glykemisk kontroll. Én omhandlet kronisk smerte hos eldre, og én omhandlet bruk av CBT hos pårørende til demente.

Artiklene beskrev 7 RCT'er hvorav én av disse var blindet (bupropion vs placebo). De resterende artiklene beskrev én prospektiv kohort med follow up, én effektstudie hvor resultatene ble sammenlignet med andre studier og to effektstudier uten kontrollgruppe.

Artikkelen som omhandler diabetes mellitus I og glycemisk kontroll er publisert i Psychosomatic Medicine. Artikkelen som omhandler insomnia er publisert i SLEEP, og artikkelen som omhandler fastlegers kursing i CBT ble publisert i Scandinavian Journal of Primary Health Care. De resterende artiklene er publisert i psykologiske og psykiatriske tidsskrift.

Hovedfunnene er presentert i tabellen nedenfor.

Forfatter	Tilstand	Design/Uvalg	Intervensjon	Resultatmål	Resultat
Ridsdale, L; Hurley, M; King, M; McCrone, P; Donaldson, N	Kronisk fatigue (CFS)	RCT  222 pasienter ble randomisert til 3 grupper.	<p>Gradert fysisk aktivitet (GET): Pasientene fikk 8 30-mins konsultasjoner med fysioterapeut og individuelt tilpasset trening. Treningen bestod av gange som eskalerte fra 5-30 min pr dag. Anbefalt treningsmengde skulle ikke overstiges, og hver pasient fikk en håndbok og registreringsark til å følge fremgangen.</p> <p>50 mins pasientsentrert konsultasjon annenhver uke med terapeut (COUNS): ikke-formalisert kommunikasjon. Fokus på refleksjon, selvforståelse, alternative tolkninger og sammenheng</p> <p>Vanlig konsultasjon og behandling hos GP og brosjyre med CBT (BUC). I brosjyren var beskrivelse av CFS og CBT selvhjelpsteknikker</p>	<p>Pasientene ble skåret iht Chalder fatigue score på baseline, 6 mnd (163 pasienter) og 12 mnd (174 pasienter)</p>	<p>Alle gruppene hadde en reduksjon i Chalder fatigue score, og det var ingen signifikante forskjeller mellom disse ved 6 mnd (BUC -8,1, GET -10,1, COUNS -8,6) eller 12 mnd.</p> <p>Over halvparten av alle pasientene rapporterte misnøye med behandlingen ved 6 mnd. Misnøyen økte mellom 6 og 12 mnd for BUC. Ved 12 mnd uttrykte pasientene som fikk GET og COUNS signifikant mindre misnøye enn pasientene som fikk BUC.</p> <p>Alder var den eneste faktoren som var signifikant assosiert med compliance. Alder &gt;35 år hadde 2,6 økt sannsynlighet for deltagelse på alle konsultasjonene sammenlignet med yngre deltakere.</p>

Forfatter	Tilstand	Design/Uvalg	Intervensjon	Resultatmål	Resultat
Forand, Nicholas R; Evans, Susan; Haglin, Dean; Fishman, Baruch	Depresjon og angstlidelser	<p>Effekt av behandling, heterogen pasientgruppe.</p> <p>Det var ingen kontrollgruppe i den aktuelle studien.</p> <p>Resultatene ble sammenlignet med 1: effekt av CBT gitt av spesialister (heterogen pasientgruppe)</p> <p>2: effekt av behandling gitt av spesialister ved tidligere publiserte RCT (benchmarking)</p> <p>249 pasienter (189 med depresjon, 115 med angstlidelser)</p>	<p>Alle pasientene fikk behandling hovedsaklig hovedsaklig utført av turnuskandidater i psykologi og nylig utdannede leger.</p> <p>Behandlingen var ikke-standarisert, ustrukturert CBT. Konsultasjonene ble gitt ukentlig og var av varierende varighet.</p>	<p>Symptomer på depresjon ble målt ved Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Symptomer på angstlidelser ble målt ved Beck Anxiety Inventory (BAI).</p> <p>Cutoff <math>\geq 11</math> for begge lidelser.</p>	<p>Effekt av behandling: Forskjell mellom start og slutt BDI-II var 8,9 (21,6-12,7). Forskjellen var signifikant (<math>p &lt; 0,001</math>). Forskjell mellom start og slutt BAI var 5,5, og dette var også signifikant (<math>p &lt; 0,001</math>). (ca 47,8% oppfylte kriteriene for frisk på enten BDI-II eller BAI).</p> <p>1: Sammenlignet med studier som viser effekt av CBT utført av spesialister, viste studien sammenlignbar og god effekt ved både angstlidelser og depresjon. Effekt av behandlingen ved alvorlig depresjon viste ikke like god bedring.</p> <p>2. Sammenlignet med RCT'er viste studien lignende resultater når det gjaldt milde depresjoner. Studien viste dårligere effekt av behandling ved alvorlige depresjoner. Ved angstlidelser hadde alle alvorlighetsgrader lik sannsynlighet for rekonvalesens.</p>

Forfatter	Tilstand	Design/Utvalg	Intervensjon	Resultatmål	Resultat
Aschim, Bente; Lundevall, Sverre; Martinsen, Egil W; Frich, Jan C	Angst, depresjon	Effektstudie  22 norske GP meldte seg på og 20 av dem fullførte et kurs i CBT.	Kurset bestod av 50 timer undervisning, og 15 timer veiledning ved DPS eller hos andre CBT- veiledere. Deltagerne presenterte her video av egne konsultasjoner. Kurset gikk over 9 mnd.  Det undervist i generelle ferdigheter i CBT, samt spesiell vektlegging i behandling av angst, depresjon, kronisk smerte og somatisering. Veiledere og undervisere var GPs, psykiatere og kliniske psykologer.	Spørreskjema med fritekst.	Ved evaluering av kurset fant man at et lengre veiledende kurs kunne fremme bruk av CBT blant GPs.  Deltagerne erfarte at CBT ga dem en bedre struktur på konsultasjonen, og at denne ble mer fokusert. Denne egenskapen kunne de også bruke med andre pasienter, og forfatterne av artikkelen antar derfor at CBT kan ha en positiv innvirkning på GPs generelle kommunikasjonsevner.  Videre opplevde deltagerne av kurset ved hjelp av CBT å kunne utfordre pasienten, istedet for å bare støtte dem.  Mangel på økonomisk incentiv er en begrensende faktor for bruk av metoden.

Forfatter	Tilstand	Design/Utvalg	Intervensjon	Resultatmål	Resultat
Clark, David M; Layard, Richard; Smithies, Rachel; Richards, David A; Suckling, Rupert; Wright, Benjamin	Angst, depresjon	<p>Prospektiv kohort studie Follow-up etter 10 mnd</p> <p>Doncaster (n=1654) fokuserte i hovedsak på pasienter med depresjon som hovedproblem. Doncasters pasienter var i hovedsak etnisk britiske med engelsk som hovedspråk.</p> <p>Newham (n= 249) fokuserte på depresjon samt alle angstlidelser. Newham har en sammensatt populasjon og ca 10% snakker ikke engelsk eller har engelsk som ikke-foretrukket språk.</p>	<p>Behandling: Lav intensitet (minst 2 behandlinger), fokus på selvhjelp</p> <p>Konsultasjonene ble gitt ved vanlige konsultasjoner på klinikken (23% - varende gjennomsnittlig 40 min), eller ved telefonkonsultasjon (varende gjennomsnittlig 22 min)</p>	<p>Depresjon ble målt på PHQ-9 med cut-off på 10. Angst ble målt på GAD-7 med cut-off på 8. Mål for friskmelding ble under cut-off på både PHQ-9 og GAD-7. CORE-OM og "employment" ble vurdert ved tilleggsskjema.</p> <p>Pasientene ble bedt om å fylle ut PHQ-9 og GAD-7 ved hver konsultasjon for å unngå manglende data ved studieslutt.</p>	<p>Doncaster: 99,6% fullførte behandlingen. Newham: 88,3% fullførte behandlingen. Av dem som fullførte var 54% hvite, 27% asiatiske, 13% sorte, 5% andre grupper. For å se om det var forskjeller i effekt av behandlingen mellom de forskjellige etniske gruppene, ble endret score pre-post treatment og friskmeldingsrate (recovery rate) fra gruppene sammenlignet. Man fant ingen signifikant forskjell i effekt mellom gruppene. Friskmeldingsrate: hvite: 50%, asiatiske: 66%, sorte: 54%, andre: 50%</p> <p>Begge grupper oppnådde gode friskmeldingsrater (55-56%) for pasienter som hadde to eller flere behandlinger. Ved 10 mnd var friskmeldingsrate 50%. "Employment" hadde økt med 10% sammenlignet med studiestart.</p>

Forfatter	Tilstand	Design/Utvalg	Intervensjon	Resultatmål	Resultat
Espie, Colin A; MacMahon, Kenneth M. A; Kelly, Heidi- Louise; Broomfield, Niall M; Douglas, Neil J; Engleman, Heather M; McKinstry, Brian; Morin, Charles M; Walker, Andrew; Wilson, Philip	Persisterende insomnia	RCT  201 pasienter ble randomisert til enten CBT (107 pasienter; 72 kvinner) eller vanlig behandling (treatment as usual – TAU) (94 pasienter; 65 kvinner).	CBT bestod av 5 ukentlige konsultasjoner i grupper på 4-6 personer. Terapeutene var sykepleiere med opplæring i CBT. Konsultasjonene hadde klart definert innhold og bestod av 1: opplæring i søvn og søvnforstyrrelser, 2: Søvnhygiene og avslapningsteknikker, 3: søvnhygiene og – restriksjon, 4: cognitive strategier og 5: integrering og vedlikehold av god søvn. Pasientene kunne fortsette med sin vanlige behandling for insomnia, og denne behandlingen var derfor i realiteten CBT +vanlig behandling.  TAU var behandling fra GP. GP fulgte opp pasienten slik det vanligvis ble gjort, og kunne avtale timer og foreskrive medikamenter.	Interview, PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index), HADS (the Hospital Anxiety and Depression Scale) og ESS (Epworth Sleepiness Scale).  Søvnloggbok i 14 dager med informasjon om SOL (Sleep onset latency), WASO (wake time after sleep onset), tidspunkt for legging og når de stod opp. Det ble beregnet TIB (time in bed) og SE (søvn effekt).	Den typiske pasient var middelaldrende og hadde hatt insomnia i mer enn 10 år. 2/3 var kvinner, ca 50% brukte sovmedisin (primært benzodiazepiner). 1/3 av pasientene hadde ingen komorbiditet. Nesten 60% hadde psykiske tilleggss- lidelser. Mer enn 1/3 hadde fysiske komorbide lidelser  SOL ble redusert mer og SE ble forbedret mer i gruppen som fikk CBT enn TAU. Forskjellen var signifikant posttreatment men ikke ved oppfølging (6mnd). Både CBT og TAU hadde reduksjon i WASO, men det var ikke signifikant forskjell mellom gruppene posttreatment. Global søvnforstyrrelse ble redusert med 4 PQSIpoeng for CBT ved oppfølging mot 1 poeng for TAU. Begge grupper hadde en ikke-signifikant reduksjon i bruk av sovmedisin.

Forfatter	Tilstand	Design/Utvalg	Intervensjon	Resultatmål	Resultat
Oude Voshaar, R. C; Gorgels, W. J. M. J; Mol, A. J. J; Van Balkom, A. J. L. M; Van de Lisdonk, E. H; Breteler, M. H. M; Van den Hoogen, H. J. M; Zitman, F. G.	Avvenning etter langvarig benzo-diazepin-bruk.	RCT  1036 pasienter ble invitert til studien, bare 180 valgte å delta.	<p>Nedtrapping: Pasienter ble ommedisinert til diazepam ila 2 uker dersom de var brukere av andre medikamenter. Den daglige dosen ble redusert med 25%/ uke over 4 uker. Pasientene hadde mulighet til å gjøre siste nedtrapping over 2 ganger fordelt på 4 dager. Siste konsultasjon var 2 uker etter siste nedtrapping. To måneder senere ble pasient og lege vurdert mht fornøydhhet.</p> <p>Nedtrapping +CBT: Pasientene fikk 5 ukentlige 2timers CBT i gruppe i tillegg til nedtrapping hos GP. Formålet med CBT var å støtte pasientene i nedtrappingen og hindre tilbakefall. CBT inneholdt: psykoedukasjon, undervisning og øvelse i avslapningsteknikker, cognitive strategier. Terapeutene var psykologer med erfaring i CBT.</p> <p>Vanlig behandling: Pasientene fikk ingen hjelp til nedtrapping.</p>	<p>Selvrapportering ved strukturerte interview, 15-ords-test, spørreskjema.</p> <p>Primært ble målt antall pasienter som sluttet med benzo-diazepiner.</p> <p>Sekundært ble målt dosereduksjon, alkoholbruk, psykisk velvære, hukommelse, humørsvingninger, vold og spenninger, og abstinenssymptomer.</p>	<p>De to intervensjonsgruppene var beydelig mer suksessfull enn kontrollgruppen. CBT i tillegg nedtrapping ga ingen ekstra effekt.</p> <p>I kontrollgruppen (vanlig behandling) sluttet 21% av deltagerne spontant sitt bruk.</p> <p>23 av 146 deltagere som var randomisert til intervensjonsgruppene, sluttet med sitt bruk mens de ventet på at studien skulle starte uten noen form for profesjonell hjelp.</p> <p>Det var ingen forskjell mellom pasienter som droppet ut av studien og dem som fullførte den. Bare 2 av de 7 deltagerne som sluttet med bruken før studien startet kunne motiveres til å delta på CBT.</p>

Forfatter	Tilstand	Design/Utvalg	Intervensjon	Resultatmål	Resultat
Ridge, Katie; Bartlett, Jonathan; Cheah, Yee; Thomas, Stephen; Lawrence-Smith, Geoffrey; Winkley, Kirsty; Ismail, Khalida	Diabetes mellitus I med suboptimal glykemisk kontroll.  (minst to HbA1c mellom 8,2% og 15% i året før rekrutteringen)	Oppfølgingsstudie (Originalstudie: RCT)  260 deltok i oppfølgingsstudien (344 pasienter deltok i originalstudien)	Originalstudien: Randomisering til vanlig behandling (usual care – UC, n= 121)  4 konsultasjoner med MET (motivational enhancement therapy, n= 117)  4 MET + 8 CBT (n= 106) over 6 mnd.  Behandlingen foregikk over 6 mnd. Psykologisk behandling bestod av 50-minutters konsultasjoner, og terapeutene var sykepleiere med erfaring og trening i CBT. CBT fokuserte på diabetesspesifikke kognisjoner og adferd som virket direkte på glykemisk kontroll.  MET forsøkte å hjelpe pasienten i å utforske/utfordre pasientens ambivalens mht helseadferd og forsterke adferd som fører til endring.	HbA1c ble målt etter 2,3, og 4 år for å vurdere hvorvidt effekten av den psykologiske intervensjonen man hadde ved 12 mnd hadde vedvart.  Det ble også undersøkt om den ikke-signifikante forskjellen mellom MET og UC hadde endret seg i samme periode.	Originalstudie: Pasienter som fikk MET +CBT hadde større reduksjon i 12 mnd-HbA1c enn pasienter som fikk UC. (-0,46% , 95% CI= -0,81% til -0,11%). Gruppen som ble randomisert til kun MET hadde sammenlignet med UC en ikke signifikant reduksjon (-0,19%, 95% CI: -0,53% til 0,16%)  Ved 2 og 4 år etter randomisering, var forskjellen mellom MET+CBT og UC ikke lenger signifikant. Ved 3 år etter randomisering ble HbA1c estimert til å være 0,51% lavere (95% CI= 0,00%-1,01%), og dette var grensesignifikant.  Forskjellen mellom MET og UC var som tidligere fordelaktig i favør MET, men viste ingen statistisk signifikante forskjeller.



Forfatter	Tilstand	Design/Utvalg	Intervensjon	Resultatmål	Resultat
Hall SM, Humfleet GL, Muñoz RF, Reus VI, Prochaska JJ, Robbins JA	Smoking cessation	<p>Blindet RCT</p> <p>Studien bestod av 406 deltagere som var over 18 år, røykte minimum 10 sigaretter/dag og røykte innen 30 minutter etter de stod opp.</p> <p>2 hypoteser ble testet: 1: Bupropion +CBT har større røykeavvenningsrate enn de andre 4 behandlingene.</p> <p>2: De to gruppene som inkluderte CBT hadde høyere forbedret avholdsrate enn de 3 som ikke inkluderte CBT.</p>	<p>Deltagerne fikk først 12 ukers behandling med bupropion og 10 uker med nikotinplaster. De ble deretter randomisert til 1 av 5 behandlinger: ingen ytterligere behandling (ST), bupropion i 40 uker (A-MM), placebo i 40 uker (P-MM), bupropion og 11 konsultasjoner CBT i 40 uker (A-CBT), placebo og 11 konsultasjoner CBT i 40 uker (P-CBT).</p> <p>CBT bestod av konsultasjoner på 20-40 min, annenhver uke 4 ganger, hver 4. uke de resterende gangene.</p> <p>De første 5 konsultasjonene presenterte kunnskap om følgende tema: motivasjon, sosial støtte, dysfori, avhengighet vs avhold og vektøkning. De resterende 6 konsultasjonene ble brukt til å repetere og forsterke kunnskapen samt å gi støtte i henhold til de forskjellige deltageres røygestatus.</p>	<p>Data ble innhentet ved baseline, 12, 24, 52, 64 og 104 uker.</p> <p>Effekt ble målt ved selv-rapportering, utåndet CO-nivå på 10ppm eller mindre, og urin cotinine-nivå på 60 ng/ml eller lavere.</p> <p>Blindings-prosessen ble vurdert ved spørreskjema</p>	<p>Hypotese 1: Resultatene støttet ikke denne hypotesen. A-CBT hadde forbedret avholdsrate i forhold til ingen behandling, men ikke høyere enn de andre 3 gruppene.</p> <p>Hypotese 2: De 2 gruppene som fikk CBT hadde forbedret avholdsrate i forhold til de andre 3 gruppene, og resultatene støttet derfor denne hypotesen.</p> <p>Deltagelse på alle CBT-sessions korrelerte med avvenningsstatus i uke 52 og 104 for A-CBT og i uke 52 for P-CBT</p>

Forfatter	Tilstand	Design/Utvalg	Intervensjon	Resultatmål	Resultat
Wittchen HU, Hoch E, Klotsche J, Muehlig S	Smoking cessation	<p>RCT</p> <p>467 deltagere ble randomisert til</p> <p>1: minimal intervensjon (MI), n= 81</p> <p>2: CBT (+MI), n= 175</p> <p>3: bupropion - BUP (+MI og CBT), n= 108</p> <p>4: Nikotinerstatning - NRT (nicotine replacement therapy) (+ MI og CBT), n= 103</p>	<p>Alle gruppene fikk samme standardiserte face-to-face motiverende intervensjon (&lt;3min) og informasjonsark med grunner til å slutte å røyke.</p> <p>Deltagerne i MI-gruppen fikk i tillegg en røykedagbok og 5-10 min feedback sessions ved uke 2 og 12.</p> <p>Deltagerne i CBT fikk samme intervensjon som i MI etterfulgt av 4 CBT-konsultasjoner (+ en valgfri 5.), CBT selvhjelpsmanual og hjemmelekser. Røykestatus og hjemmelekser ble vurdert sammen med legen.</p> <p>Deltagerne i BUPgruppen fikk samme behandling som CBT + Zyban (bupropion).</p> <p>Deltagerne i NRT fikk samme behandling som CBT + standard NRT. Legen kunne skrive ut nikotinerstatning etter deltagerens ønske (plaster, tyggegummi og nesenspray).</p> <p>Intervensjonsperioden var 9-12 uker. Sluttdato for røyking var dag 8.</p>	<p>Selv-rapportering post-treatment (3 mnd) og ved oppfølging (12 mnd) av røykestatus, antall og grunner for tilbakefall, stabilitet ved avholdenhet og pos/neg endringer</p>	<p>Avholdenhetsrate ved 12 uker var totalt 37,3%. Avholdenhet fantes i større grad blant deltagerne som fullførte programmet (68% røykfrie ved behandlingsslutt).</p> <p>Avholdenhetsrate ved 12 mnd var totalt 25,9%. Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene.</p> <p>Alle gruppene viste en reduksjon i avholdenhet fra uke 4 til 12. Reduksjonen var høyest i NRT, hovedsaklig pga avbrytelse av behandling.</p> <p>De hyppigste grunnene for å avslutte behandlingen var "dårlig timing", "ikke lenger interessert" og "ikke motivert". 18 av 215 deltagere som sluttet med behandlingen oppga bivirkninger som grunn. De vanligste ved nikotinplaster var: Hodepine, reaksjon på påsettings-sted og munntørrehet. De vanligste i tyggegummi var: Kvalme, vond smak. De vanligste i BUP var insomnia og munntørrehet. Abstinens-symptomer, pris for medikasjon og vektøkning ble sjelden rapportert som grunn til å droppe ut av programmet</p>

Forfatter	Tilstand	Design/Utvalg	Intervensjon	Resultatmål	Resultat
Andersson, Gerhard; Johansson, Carina; Nordlander, Annette; Asmundson, Gordon J. G.	Kronisk smerte hos eldre	<p>RCT</p> <p>21 personer med gjennomsnittsalder 72 år</p> <p>Deltagerne måtte være over 65 år, ha rygg- eller nakkesmerte uten utstråling &gt;6 mnd, kunne gå i trapper og kunne delta på møter.</p>	<p>CBT eller venteliste-kontrollgruppe.</p> <p>6 ukentlige 2-timers konsultasjoner gitt av psykolog instruert av artikkelens første-forfatter. Innholdet i behandlingen bestod av CBT-modellen, 5-trinns avslapningsmodell, målsetting, informasjon om fysisk aktivitet, søvn, problemløsning, kommunikasjonstrategier, selvsikkerhet (assertiveness), og fokus på forhindring av tilbakefall. Hver konsultasjon inneholdt gjennomgang av lekse, tilbakemelding, rasjonal, skriftlig informasjon (handouts).</p>	<p>Spørreskjema vedr smerte og smerterelaterte problemer (Coping Strategies Questionnaire CSQ, Multidimensional Pain Inventory og the Pain and Impairment Relationship Scale (PAIRS)). HADS og ASI ble brukt som mål på angst og depresjon. The Quality of Life Inventory (QOLI) ble brukt til å måle livskvalitet. Deltagerne skulle føre smertedagbok, og notere smerterate på 0-100 VAS 4 ganger daglig.</p>	<p>Studien viste effekt av behandling ved PAIRS og QOLI. I PAIRS indikerte resultatene i behandlingsgruppen en trend til økt funksjonalitet til tross for smertene.</p> <p>Generelt viste studien for liten effekt til å være signifikant, men tendensen i resultatene indikerte at deltagerne hadde fordeler ved behandlingen.</p>

Forfatter	Tilstand	Design/Utvalg	Intervensjon	Resultatmål	Resultat
Fialho, Patricia Paes Araujo; Koenig, Anne Manse; dos Santos, Maria Dolores Lemos; Barbosa, Maira Tonidandel; Caramelli, Paulo	Demens/ Pårørende til demens	<p>Effekt-studie, ingen kontroll-gruppe</p> <p>39 pasienter med demens og 40 1. grads pårørende eller ektefelle ble inkludert i studien.</p> <p>28 pasienter hadde sannsynlig Alzheimers sykdom (AD), 6 hadde AD med cerebrovaskulær sykdom, og de resterende 6 hadde andre former for demens. Generelt hadde pasientene moderate kognitive funksjons-nedsettelse, signifikante adferdsendringer og lavt funksjonsnivå. Pasientene var likt fordelt på kjønn, mens pårørende bestod av 90% kvinner.</p>	<p>CBT ble gitt ved 8 ukentlige konsultasjoner varende 2 timer.</p> <p>Programmet omhandlet opptrening av kognitive, sosiale og emosjonelle evner, støtte/empati, teknikker for å kontrollere eller modifisere egen adferd, forsterkning, kognitive strategier, pasient dagbok, organisering av aktiviteter og forberedelser til disse (øke forventninger av hendelser).</p> <p>Konsultasjonene bestod av undervisning, gruppediskusjon, og ved noen konsultasjoner hadde pårørende hjemmeoppgaver.</p>	<p>MMSE (brasilske versjon), DAD og NPI ble brukt som grunnlag for pasientenes kognitiv, funksjonell og adferdsprofil.</p> <p>Livskvalitet ble vurdert ved QoL-AD (QoL-skala for Alzheimers disease) og ble besvart av familien.</p> <p>Byrde relatert til omsorgsrollen, stress og angst ble vurdert av en rekke skjema, bla MINI.</p>	<p>Etter endt behandling rapporterte pårørende reduksjon i adferdsendringer hos pasientene, samt inntrykk av høyere livskvalitet.</p> <p>Studien viste også signifikant reduksjon i angst hos pårørende etter intervensjonen. Reduksjon av angst var størst hos datter/sønn, og mindre hos ektefelle. Depresjon var tilstede hos færre pårørende etter intervensjonen, men denne reduksjonen var ikke signifikant. Forfatterne indikerer at reduserte angst-nivå hos pårørende medfører bedre ivaretagelse av pasienten. De pårørende ble mer tolerante, og resultatene viste signifikant endring i hvordan de taklet den stressede situasjonen. Både evne til problemfokusert problemløsning og evne til emosjonsfokusert problemløsning økte etter intervensjonen. Pårørende som ikke hadde ekstern hjelp til pasienten, var mer positiv etter intervensjonen.</p>

## 7 Diskusjon

Artiklene i denne oppgaven er studier med forskjellige design, og grunnlaget for vurdering av effekt av CBT er basert på studier av mange forskjellige diagnoser. Oppsummert kan man si at informasjonen om CBT i denne oppgaven viser effekt eller tendens til effekt ved depresjon og angstlidelser, insomnia og røykeavvenning. Hos diabetespasienter med suptimal behandling hadde CBT effekt initialt, men effekten avtok noe over tid.

CBT ved kronisk smerte hos eldre viste tendens til effekt, og økt livskvalitet tross vedvarende smerter. Ved CFS ble CBT gitt som tilleggsintervensjon i form av en brosjyre, og behandlingen hadde samme effekt som ved de andre behandlingene.

CBT hadde ingen effekt i studien ved nedtrapping/avvenning av benzodiazepiner.

Under metode nevnes at det finnes en stor mengde informasjon vedrørende CBT som behandling ved psykiske lidelser, og en tilsvarende liten eller mangelfull mengde informasjon vedrørende CBT som behandling ved somatiske lidelser og andre tilstander. Ved bredt søk på "CBT AND general practice" var informasjon om psykiske lidelser dominerende, og for å få informasjon om CBT ved andre tilstander måtte det søkes spesifikt på kombinasjon CBT og den aktuelle lidelsen. Det ble valgt 1-2 artikler fra hver tilstand som kunne tenkes å gi informasjon om effekt av behandling, og utvalget av artikler var tilfeldig. Det er således ikke holdepunkter for hvorvidt de beste artiklene er valgt ut, og det kan tenkes dette utvalget ikke fremstiller sann og representativ informasjon med tanke på om det virkelig er effekt/ikke effekt av behandlingen ved den aktuelle lidelsen.

Dersom oppgaven hadde vært konsentrert på én av lidelsene, og man fikk et større sammenlikningsgrunnlag, kunne man med større sikkerhet vurdert hvorvidt man hadde effekt av behandlingen for den spesifikke lidelsen. Intensjonen med oppgaven var dog å utforske hvorvidt CBT også hadde effekt ved andre lidelser enn de mentale lidelsene det tradisjonelt fokuseres på, og i lys av dette kunne man også utvidet søket til å innbefatte flere sykdommer/tilstander enn de som nevnes i oppgaven.

Søk på CBT og spesifikke lidelser ga relativt få treff, og dette er i seg selv interessant ettersom det kan indikere at det finnes lite forskning på området. Det kan således være behov for å utforske muligheten for bruk av CBT innenfor andre områder enn hva man tradisjonelt har tenkt. Resultatene i artiklene i denne oppgaven kan indikere slike aktuelle områder eller inspirere for videre forskning.

Det er generelt et problem når det gjelder CBT at det ikke er standardiserte retningslinjer for hva behandlingen består av, hvordan den skal utføres eller over hvor lang tid den skal foregå. Dette vanskeliggjør sammenligning av studier og tolkning av resultater. (16) Samtidig er det et poeng i CBT at terapien må være individuelt tilpasset, og det er en viktig egenskap hos terapeuten å se pasienten og dens utfordringer for å kunne skape den sterke alliansen som er antatt å være en forutsetning for god behandling. Det argumenteres også at pasientens type problem og utfordring vil bestemme i hvilken kategori man skal vektlegge terapien. I følge Dobson (2001) (sitert i (12)), kan behandlingen grupperes i tre hovedkategorier:

- Mestringsstrategier (Coping skills methods)

- Problemløsningsmetoder (Problem-solving methods)
- Kognitive restruktureringsmetoder (Cognitive restructuring methods)

Mestringsstrategier kan fungere best for pasienter som reagerer på et problem eller situasjon utenfor seg selv, mens kognitive restruktureringsmetoder kan fungere best for problemer som kommer fra pasientens psyke (Dobson og Dozios 2001, sitert i (12)).

I tillegg kan for eksempel pasientens tidligere erfaring og kjennskap til behandlingen være en faktor som medfører forskjeller i åpenhet, motivasjon eller interesse for behandlingen, og det er derfor ikke sikkert at en standardisert behandling vil gi riktig svar med hensyn til effekt av behandling selv om man forsøker like pasientgrupper med likt problem/situasjon.

Basert på forskjeller i innholdet av terapien, sykdom og fokus, vil de forskjellige studiene stå ovenfor varierende begrensinger og problemstillinger. Nedenfor gjennomgås en del problemstillinger ved de enkelte studiene.

Ved behandling av CFS (5), hadde alle gruppene lik effekt av behandlingen, og CBT kan i denne studien ikke vise å være fordelaktig fremfor de andre. Det må nevnes at CBT i denne studien ble gitt i form av en brosjyre og som tilleggsintervensjon ved vanlige konsultasjon hos GP. Det nevnes at brosjyren beskrev årsaker til CFS, og inneholdt selvhjelpsteknikker basert på CBT, og at meningen med brosjyren var å oppfordre til øvelse og pasientdeltakelse. (1). Det er ikke nevnt hvorvidt pasient og lege sammen fokuserte på å gikk gjennom øvelsene eller innholdet i brosjyren. Selv om en brosjyre kan øke interessen for denne behandlingsformen hos pasienten, vil det nok være behov for felles fokus og øvelse for å kunne identifisere og erstatte negative automatiske tanker. Basert på at det virker som CBT totalt sett har hatt liten plass i denne studien, er det vanskelig å trekke en slutning om CBT har effekt ved CFS.

Når det gjelder depresjon og angstlidelser er det relativt godt etablert at CBT har effekt ved disse lidelsene. Dette ble bekreftet i studien fra Forand (6), og studien viste også at ved angstlidelser og milde til moderate depresjoner hadde CBT effekt av behandling i almenpraksis sammenlignbart med effekt av tilsvarende behandling hos spesialister. Begrensninger ved studien er at den hadde ingen kontrollgruppe, og de fleste pasientene ble også behandlet med psykofarmaka. Det er derfor mulig at deler av effekten kan komme av medikamentell behandling, samt at bedring kan forekomme ettersom tiden går. Det forekommer manglende data og det foreligger ingen beskrivelse hvorvidt pasientene fullførte eller droppet ut av behandlingen, og dette kan ha påvirket resultatet noe. Endelig er diagnosene satt ved ikke-strukturerte psykiatriske intervju. Sammenlignet med tidligere publiserte RCT'er viste studien dårligere effekt av behandling ved alvorlige depresjoner, og forfatterne indikerer at pasienter med alvorlige depresjoner bør henvises spesialist.

Studien fra Newham og Doncaster (8) omhandlet også pasienter med depresjon og angst, og også denne studien viste at denne pasientgruppen hadde god effekt av behandling i almenpraksis. Begge gruppene hadde friskmeldingsrater 55-56%, men studien hadde ingen "venteliste kontrollgruppe". Som diskutert ovenfor kan det tenkes noen av disse hadde blitt friske uten behandling.

Blant pasientene ved Newham klinikken var det 10% som ikke snakket engelsk eller hadde dette språket som sitt foretrukne språk. Likevel fant man ved Newhamklinikken

ingen signifikante forskjeller i effekt av behandlingen blant de forskjellige etniske gruppene. Dette resultatet er interessant fordi man skulle tro at det å snakke samme språk ville være en vesentlig forutsetning for oppnå effekt av CBT. Det er mulig at man tross språklige utfordringer evnet å formidle terapien på en tilfredsstillende måte, eller at det var de generelle faktorene i terapien fremfor de spesifikke som lå til grunn for effekten. Det kan likevel tyde på at prosessen, det å involvere og utfordre pasienten til refleksjon, å lytte til og respektere pasientens utsagn, er vel så viktig som det språklige innholdet.

Fra et samfunnsmedisinsk perspektiv er det også interessant at lavere sosiale lag profiterer likt av CBT sammenlignet med andre. Man har tidligere funnet at større grad av health illiteracy i lavere samfunnslag krever andre tilnærminger fra lege/terapeut for å oppnå lignende resultater. (23)

Dårlig søvn er assosiert med nedsatt våkenhet og produktivitet, redusert livskvalitet, nedsatt helse og svekket forhold til familie og venner, og en femtedel av pasienter i almenpraksis har søvnproblemer (9). CBT i denne studien var ikke spesielt rettet mot bruk av sovemedisin. Likevel så man en reduksjon av bruken i begge gruppene, og dette kan indikere viktigheten av fokus og tilbud om ikke-farmakologisk behandling. Pasientene som fikk CBT fikk redusert innsovningsvansker og forbedret søvneffekt sammenlignet med vanlig behandling. Denne effekten avtok, og var ikke signifikant ved 6 måneders oppfølging.

Studien som omhandlet nedtrapping av benzodiazepiner viste at CBT hadde ingen tilleggseffekt av behandlingen (10). Bare 1 av 6 pasienter ønsket å delta i studien (180 av 1036), og det kan tyde på at for denne pasientgruppen bør det arbeides med å motivere pasientene til ønsket helseadferd. I denne studien nevnes også at interessen for gruppeterapien var dårlig, og at bare 2 av de 7 som hadde sluttet med bruken før studien startet kunne motiveres til å delta på gruppeterapien som ledd i en prosess for å hjelpe dem til å forbli benzodiazepinfri i fremtiden. Dette kan gi en indikasjon på at medikamentavhengige pasienter krever annen oppfølging og at individuelle konsultasjoner kan være nødvendig.

Ved bruk av CBT for å bedre glykemisk kontroll (13), hadde pasientene effekt av behandlingen ved 12 måneder, men etter 2 og 4 år var reduksjonen i HbA1c ikke lenger signifikant forskjellig fra vanlig behandling. Funnene viser at effekten av psykologiske intervensjon har en tendens til å reduseres over tid. Det har vært tenkt at effekt av psykologisk behandling i forhold til farmakologisk er forventet å ha en mer langvarig effekt ettersom slik behandling søker å endre tenkemønstre og engasjere pasienten i en prosess som krever hans/hennes følelsesmessige investering samt betydelig innsats (hjemmelekser m.v.). At denne studien viser redusert effekt over tid, kan indikere nødvendigheten av at helsepersonell bør fokusere på pasientens behov for støtte og oppfølging etter en behandling.

I studien som omhandler røykeavvenning (14), hadde alle utvidete avvenningsprogrammene bedre resultat enn vanlig behandling. Gruppene som fikk CBT hadde bedre røykeavvenningsrate enn de andre gruppene, og dette kan tyde på at CBT kan være et reelt alternativ til behandling. Gruppen som fikk bupropion i tillegg til CBT hadde ikke signifikant forskjellig resultat i forhold til de andre gruppene. Dette indikerer

at periodevise konsultasjoner er like effektive som aktive farmakologiske preparater og konsultasjoner. Studien fra Wittchen et al (15) viste at ved 12 måneder var det ingen signifikant forskjell i avholdenhetsrate og dermed ingen forskjell i effekt av behandlingen mellom gruppene. Et interessant aspekt ved denne studien er at 18 av 215 deltagere (8,4%) oppga bivirkninger som grunn for at de sluttet med behandlingen. Dette kan indikere at CBT kan være et viktig tilbud til pasienter når det gjelder å motivere til å forsøke røykeslutt, da det er mulig noen reserverer seg fra å forsøke preparater pga frykt for bivirkninger.

Bruk av CBT ved kronisk smerte hos eldre (17) viste en tendens til effekt av behandlingen, selv om denne ikke var signifikant. Studien viste å ha effekt ved QOLI (Quality of Life Inventory) og PAIRS (Pain and Impairment Relationship Scale). I PAIRS indikerte resultatene en trend til økt funksjonalitet tross smertene. Det bemerkes i studien at dette var en liten studie (21 personer) som derfor krevde store effektutslag for å nå statistisk signifikans.

Studien fra Aschim et al (7) var en evaluering av hvorvidt man ved hjelp av kursing kunne fremme bruk av CBT blant GPs. Erfaringen viste at noen fant det tidkrevende å mestre CBT-teknikkene. En del fant det vanskelig å endre rutiner og måter ved konsultasjonen, og noen følte det ville bli vanskelig å fortsette å tilby CBT til sine pasienter etter at kurset var ferdig. Det positive var at CBT ga fastlegene en bedre struktur på konsultasjonen, og at denne kunnskapen kunne ha positiv innvirkning på kommunikasjon med andre pasienter.

Det ble rapportert om manglende økonomisk incentiv til å bruke CBT, og det er i dag ingen tilleggspost for CBT i "normaltariffen for norsk almenntjenestepolis" (22), men fastlegen kan ta tidstakst for tiden han bruker ved behandlingen (2cd).

Studiene diskutert ovenfor hadde forskjellig behandlingsopplegg innenfor CBT. Et interessant spørsmål blir således hva det er i terapien som gir effekt? Det diskuteres hvorvidt det er generelle faktorer som legens evne til å skape allianse og føle/visse empati eller de mer spesifikke faktorene som blant annet identifisering og endring av kognisjon som er de mest effektfulle. Studiene ovenfor angir ikke klart hva den terapeutiske delen av CBT innebærer, og det er derfor ikke mulig å trekke konklusjoner med hensyn til hvilke faktorer som faktisk gjør CBT effektivt.



## 8 Konklusjon

Det foreligger mye forskning og positive resultater vedrørende effekt av CBT ved psykiske lidelser som angst og depresjon, og studier viser denne behandlingsformen kan brukes i almenpraksis. Ved søk på effekt av CBT ved andre lidelser og tilstander foreligger få treff og dette indikerer at det er behov for videre forskning på området.

Effekt av behandling av CBT ved insomnia, suboptimal glukosekontroll ved diabetes I, røykeavvenning, kronisk smerte og demens omtalt i artiklene i oppgaven, indikerer at behandlingen kan være aktuell og viser effekt eller tendens til effekt.

Ved CFS viste resultatene ingen forskjell i effekt av behandling når CBT +vanlig behandling ble sammenlignet med gradert fysisk aktivitet eller pasientsentrert konsultasjon.

CBT som gruppeintervensjon og tilleggsbehandling ved avvenning av benzodiazepiner viste ingen effekt.

Søk på CBT og gastrointestinal dysfunction ga ingen artikkeltreff i psyINFO(Ovid). Behandlingen er diskutert som et reelt behandlingstilbud i R. Taylors "Cognitive behavioural therapy for chronic illness and disability". (12)

Resultatene ovenfor åpner for at CBT kan være effektivt ved en rekke sykdommer/tilstander i almenpraksis, og forskning på dette bør være interessant å igangsette av flere grunner. CBT kan være et alternativ for pasienter som ikke har et reelt behandlingstilbud, enten fordi det ikke finnes farmakologisk behandling eller fordi denne gir uønskede bivirkninger. Videre kan det dreie seg om pasienter som har behov for økt mestring i forbindelse med ny sykdom eller eksacerbasjoner av kroniske lidelser. Viktig er også at mange pasienter ikke ønsker farmakologisk intervensjon, og da kan CBT være et alternativ fastlegen kan tilby. Ved flere typer behandling kan effekten av denne avta over tid, og bruk av CBT kan være nyttig når det gjelder å vedlikeholde denne.

Angst og depresjon er ofte ledsagende lidelser til kroniske lidelser og alvorlige sykdommer. CBT kan brukes til behandling både til behandling av de ledsagende psykiske lidelsene eller være rettet mot den bakenforliggende sykdommen eller tilstanden.

Et annet aspekt er at CBT kan vedlikeholde håp og gi økt livskvalitet når håp om kurativ behandling er minimal eller ikke finnes.

Hva er det som gjør CBT effektivt, og er det elementer i CBT som kan implementeres og brukes daglig som en del av den kliniske samtalen? Det diskuteres hvorvidt det er de generelle faktorene eller de spesifikke faktorene ved CBT som er ansvarlige for effekten av terapien. Når CBT ikke er en standardisert behandling, kan man tenke at de forskjellige terapeutene og behandlingen de gir kan medføre forskjellige resultater, og effekt av den enkelte faktor kan være vanskelig å måle. I Aaron Becks liste om hva CBT bør inneholde, er nevnt sokratiske spørremåte, samarbeide, aktiv deltagelse og hjemmearbeide. Hvor stor betydning dette har for følelse av deltagelse, følelse av å bli

ivaretatt og compliance er ikke lett å si, men det er sannsynlig at det øker følelsen av empati og styrker allianse.

Med et godt samarbeide, og sterk allianse, kan det tenkes at legen kan klare å gi pasienten en følelse av kontroll, og oppnå en mer aktiv deltagelse fra pasienten. Kanskje kan det være positivt å innføre hjemmelektse i henseende å jobbe mot et felles mål mer enn at pasienten har en passiv rolle som får resept, medisiner og råd fra legen. I situasjoner med kronisk syke kan CBT, sokratisk spørremåte og evnen til samarbeide være mer en holdning hos legen, og den kliniske kommunikasjon kan dermed i seg selv fungere som intervensjon.

I Quantum NLP (25) er beskrevet følgende eksempel: Tenk deg at du tar et skikkelig tygg av en gul, frisk sitron. De fleste vil da kjenne hvordan spyttet skilles ut i munnhulen. Bare tanken på å sette tennene i det syrlige fruktkjøttet utløser en mengde reaksjoner i kroppen. Det kan tenkes at de tankene vi har om situasjoner, livshendelser og sykdom, som vi tolker i positiv eller negativ retning, utløser reaksjoner i kroppen som har innvirkning på vår helse.

Eksemplet ovenfor beskriver en sammenheng mellom tanke og kropp som folk flest forstår. CBT handler om å lære pasienten bevissthet og sammenheng mellom tanke, adferd og helse, og i siste ledd blir pasienten sin egen terapeut.

Fremtidig forskning vil vise på hvilke områder CBT kan være aktuelt, men studiene i denne oppgaven kan tyde på at mulighetene er mange.

## 9 Litteraturliste

- 1 Filosofi.no
- 2 Engel G.L.: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977 Apr 8;196(4286):129-36.
- 3 kognitiv.no
- 4 Malt UF, Malt EA, Blomhoff S, Refnin I: Funksjonelle somatiske lidelser – en oversikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122:1379-84
- 5 Ridsdale, L; Hurley, M; King, M; McCrone, P; Donaldson, N.: The effect of counselling, graded exercise and usual care for people with chronic fatigue in primary care: A randomized trial. Psychological Medicine. Vol.42(10), Oct 2012, pp. 2217-2224.
- 6 Forand, Nicholas R; Evans, Susan; Haglin, Dean; Fishman, Baruch.: Cognitive behavioral therapy in practice: Treatment delivered by trainees at an outpatient clinic is clinically effective. Behavior Therapy. Vol.42(4), Dec 2011, pp. 612-623.
- 7 Aschim, Bente; Lundevall, Sverre; Martinsen, Egil W; Frich, Jan C. : General practitioners' experiences using cognitive behavioural therapy in general practice: A qualitative study. Scandinavian Journal of Primary Health Care. Vol.29(3), Sep 2011, pp. 176-180.
- 8 Clark, David M; Layard, Richard; Smithies, Rachel; Richards, David A; Suckling, Rupert; Wright, Benjamin: Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. Behaviour Research and Therapy. Vol.47(11), Nov 2009, pp. 910-920.
- 9 Espie, Colin A; MacMahon, Kenneth M. A; Kelly, Heidi-Louise; Broomfield, Niall M; Douglas, Neil J; Engleman, Heather M; McKinstry, Brian; Morin, Charles M; Walker, Andrew; Wilson, Philip: Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research. Vol.30(5), May 2007, pp. 574-584.
- 10 Oude Voshaar, R. C; Gorgels, W. J. M. J; Mol, A. J. J; Van Balkom, A. J. L. M; Van de Lisdonk, E. H; Breteler, M. H. M; Van den Hoogen, H. J. M; Zitman, F. G.: Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive-behavioural therapy: Three-conditioned, randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. Vol.182(6), Jun 2003, pp. 498-504.
- 11 Up to date: Smoking cessation counseling strategies in primary care
- 12 Renée R. Taylor: Cognitive behavioural therapy for chronic illness and disability. ISBN-10: 0-387-25309-2, e-ISBN: 0-387-25310-6, ISBN-13: 978-0387-25309-1 Springer Science+Business Media, Inc, 2006
- 13 Ridge, Katie; Bartlett, Jonathan; Cheah, Yee; Thomas, Stephen; Lawrence-Smith, Geoffrey; Winkley, Kirsty; Ismail, Khalida: Do the effects of psychological treatments on improving glycemic control in type 1 diabetes persist over time? A long-term follow-up of a randomized controlled trial. Psychosomatic Medicine. Vol.74(3), Apr 2012, pp. 319-323.
- 14 Hall SM, Humfleet GL, Muñoz RF, Reus VI, Prochaska JJ, Robbins JA: Using extended cognitive behavioral treatment and medication to treat dependent smokers. Am J Public Health. 2011 Dec;101(12):2349-56. doi: 10.2105/AJPH.2010.300084
- 15 Wittchen HU, Hoch E, Klotsche J, Muehlig S.: Smoking cessation in primary care - a randomized controlled trial of bupropione, nicotine replacements, CBT and a minimal intervention.

- Int J Methods Psychiatr Res. 2011 Mar;20(1):28-39. doi: 10.1002/mpr.328.
- 16 Skinner, Michelle; Wilson, Hilary D; Turk, Dennis C. : Cognitive-behavioral perspective and cognitive-behavioral therapy for people with chronic pain: Distinctions, outcomes, and innovations.  
Journal of Cognitive Psychotherapy. Vol.26(2), 2012, pp. 93-113.
- 17 Andersson, Gerhard; Johansson, Carina; Nordlander, Annette; Asmundson, Gordon J. G. : Chronic pain in older adults: A controlled pilot trial of brief cognitive-behavioural group treatment.  
Behavioural and Cognitive Psychotherapy. Vol.40(2), Mar 2012, pp. 239-244.
- 18 Fialho, Patricia Paes Araujo; Koenig, Anne Manse; dos Santos, Maria Dolores Lemos; Barbosa, Maira Tonidandel; Caramelli, Paulo. : Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly.  
Arquivos de Neuro-Psiquiatria. Vol.70(10), Oct 2012, pp. 786-792.
- 19 Alam R, Surt J, Lall R, Winkley K.: An updated meta-analysis to assess the effectiveness of psychological interventions delivered by psychological specialists and specialist clinicians on glycemic control and on psychological status.  
Patient Educ Couns 2009; 75: 25-36
- 20 Kringlen E, Finset A: Den kliniske samtalen –kommunikasjon og pasientbehandling. ISBN -13: 978-82-05-35279-1. ISBN-10: 82-05-35297-6. Gyldendal Norsk Forlag AS 2006.
- 21 Berge T, Repål A: Håndbok i kognitiv terapi. ISBN 978-82-05-37124-8. Gyldendal Norsk Forlag AS 2008.
- 22 Normaltariff for privat allmennpraksis 2012-2013: Den Norske Lægeforening.
- 23 Forelesninger i samfunnsmedisin, 10. Semester medisin, UIO
- 24 NEL
- 25 Turner, C: Quantum NLP (unabridged), thought into manifestation.